

42
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1906, à 1 heure

Par Jean-Julien VILBONNET

DU

“ POINT DE COTÉ ” AURICULAIRE
DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : } MM. ROGER, professeur.
RETTERER et RICHAUD, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince. 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Operations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANCELESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEJ	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	de trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGUY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTJUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SOEURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. VAQUEZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

Monsieur le Professeur Agrégé VAQUEZ, médecin
de l'Hôpital Saint-Antoine ;

Monsieur le Professeur Agrégé SÉBILEAU, chirurgien
des Hôpitaux, chef du service d'oto-rhino-
laryngologie de l'Hôpital Lariboisière ;

Monsieur le Professeur Agrégé SCHWARTZ, chirurgien
de l'Hôpital COCHIN ;

Monsieur le Professeur Agrégé BAR, accoucheur de
l'Hôpital Saint-Antoine ;

Monsieur le Professeur Agrégé BRINDEAU, accoucheur
des Hôpitaux, assistant de la Maternité de
l'Hôpital Saint-Antoine ;

Monsieur le Docteur SIREDEY, médecin de l'Hôpital
Saint-Antoine.

A MES PREMIERS MAÎTRES
A L'HÔTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND :

Monsieur le Professeur BOUSQUET
Monsieur le Professeur DU CAZAL

AVANT-PROPOS

Le rétrécissement mitral a fait l'objet d'études nombreuses et complètes. Il est cependant un symptôme, important à notre avis, que l'on ne trouve pas mentionné dans les classiques : nous voulons parler de la douleur auriculaire si fréquente au cours du rétrécissement mitral.

Notre maître M. VAQUEZ, ayant particulièrement attiré notre attention sur ce point, nous a conseillé d'en faire l'objet du présent travail. Il a bien voulu d'ailleurs nous tracer les lignes capitales du sujet et nous a communiqué de nombreuses et intéressantes observations. Nous tenons donc à le remercier hautement et à lui donner par une modeste délicace un trop faible témoignage de notre gratitude.

M. le Dr LAUBRY, ancien interne des hôpitaux, nous a accueilli avec bienveillance et nous a prodigué ses conseils éclairés. Nous sommes heureux de lui adresser ici tous nos remerciements.

Nous diviserons la présente étude en quatre chapitres :

Nous rappellerons d'abord les importantes modifications que subit l'oreillette gauche au cours du

rétrécissement mitral, ce qui servira à démontrer le rôle capital de cet organe dans l'affection mitrale.

Un deuxième chapitre sera consacré à l'étude des caractères cliniques de la douleur auriculaire. Ce chapitre contiendra naturellement l'exposé de nos observations.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons la pathogénie de cette douleur auriculaire, son évolution, les différences qu'elle présente avec les diverses autres douleurs ou points de côté thoraciques.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous ferons voir de quelle utilité peut être l'exploration de la douleur auriculaire pour le diagnostic et le pronostic de la sténose mitrale.

J. V.

DU
« **POINT de COTÉ** » **AURICULAIRE**
DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

CHAPITRE PREMIER

*Importance des symptômes auriculaires dans le
rétrécissement mitral*

« L'histoire clinique et anatomo-pathologique du rétrécissement mitral se trouve tout entière dans l'oreillette gauche ; ce sont les modifications de cet organe qui dominent les symptômes de la maladie, qui en commandent l'évolution, ce sont ses lésions qui sont la cause des complications les plus redoutables (1). »

*
* *

A l'état normal, l'oreillette gauche a une capacité moyenne de 30 à 45 centimètres cubes ; les parois auriculaires, une épaisseur moyenne de 2 millimètres ; l'orifice mitral mesure de 9 à 11 centimètres de

(1) VAQUEZ. L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral. *Tribune Médicale* du 29 août 1903.

longueur. Tels sont les chiffres donnés par Briquet dans sa thèse inaugurale (1).

Au cours de la révolution cardiaque, le travail de l'oreillette commence à la fin de la pause du cœur, c'est-à-dire de la diastole, à la suite de laquelle tout le sang contenu dans l'oreillette ne s'écoule pas dans le ventricule ; une légère contraction auriculaire suffit en temps normal à lui faire franchir l'orifice auriculo-ventriculaire. D'après les expériences de Chauveau et Marey, la valeur de la pression intraauriculaire au moment de la systole de l'oreillette peut être évaluée à 2 millimètres de mercure.

Un obstacle existe-t-il au cours du sang au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, comme cela a lieu dans le rétrécissement mitral, le sang passant plus difficilement de l'oreillette dans le ventricule, la contraction de l'oreillette a besoin d'une énergie plus grande pour compléter le travail passif de la diastole cardiaque qui se fait mal et comme tout organe soumis à un travail exagéré, elle s'hypertrophie. « Au début tout au moins, et pendant une période d'une durée variable, les parois de l'oreillette sont hypertrophiées, leur épaisseur, normalement de 2 millimètres atteignant 4 à 6 millimètres (2) ».

Grâce à cette hypertrophie, la lésion est ainsi compensée, c'est ce qui se passe habituellement au début de l'affection ; mais ici, à l'encontre de ce qui a lieu pour le rétrécissement aortique, « au lieu d'un mus-

(1) BRIQUET. *De l'état du cœur dans les lésions mitrales gauches*. Thèse de Paris 1890.

(2) MERKLEN in *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel et Gilbert.

de épais, suffisamment fort pour résister à un obstacle même considérable, la seule défense contre l'engorgement circulatoire est un poche musculo-membraneux dont les fibres peu abondantes et disséminées ne sauraient exercer une contraction énergique et soutenue ; aussi l'hypertrophie est-elle ici rapidement compliquée de dilatation, circonstance défavorable, puisqu'avec les progrès de la dilatation, une dépense de force plus ou moins inutile devient nécessaire, tandis que la distension même est de nature à paralyser l'énergie des fibres contractiles.

L'oreillette gauche, subit immédiatement le contre-coup de la lésion mitrale. Elle se dilate et s'hypertrophie simultanément. Cette altération ne manque jamais pour peu que l'orifice soit rétréci. Mais de plus, elle devient le siège de modifications pathologiques plus profondes. Il n'est pas très rare, en effet, de voir la paroi auriculaire dure, rigide et athéromateuse, toutes lésions d'origine inflammatoire et qui prouvent l'extension à l'oreillette de l'endocardite mitrale. Il s'y développe également ainsi que sur la face supérieure de la valvule mitrale une série de végétations fibrineuses, les unes pédiculées, les autres sessiles, qui forment autant de centres d'appel pour de nouvelles coagulations. Dans les cas les plus prononcés de rétrécissement mitral, l'oreillette tout entière peut être déformée et distendue par ces caillots fibrineux dont la stratification régulière simule presque à s'y méprendre un véritable anévrysme (1) ».

(1) POTAIN et RENDU. Article *Cœur*, du Dictionnaire de Dechambre.

Dans sa thèse inaugurale, Cénas insiste sur une particularité que présenterait souvent l'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral. « Lorsque l'hypertrophie, dit-il, est déjà accusée au moment où la dilatation commence à s'établir, l'oreillette, au lieu d'être flasque, aplatie, accolée contre les troncs artériels, devient conique, comme turgide ; son volume, ainsi que sa capacité augmentent notablement et la communication avec le sinus auriculaire s'élargit. Les parois musculaires sont épaissies, le réticulum de sa face interne est plus accusé ; enfin on trouve souvent dans son intérieur des concrétions sanguines ; à la coupe sa cavité reste béante. Cette disposition est fréquente dans le rétrécissement mitral, et à sa seule inspection, elle peut permettre avant d'ouvrir le cœur d'annoncer l'existence de la lésion (1) ».

Souvent à l'amphithéâtre, « le volume énorme de l'oreillette s'opposant à celui du ventricule demeuré normal ou légèrement atrophié suffit à lui seul, avant même l'ouverture du cœur à faire diagnostiquer la sténose (2) ». Les dimensions peuvent être doubles des dimensions normales : 70, 100 et même 160 centimètres cubes. Bigart a rapporté un cas où l'oreillette atteignait les dimensions d'une tête de fœtus mesurant 14 centimètres de largeur, 10 de hauteur et 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur (3). Tel

(1) CÉNAS. *Recherches sur la capacité des oreillettes dans quelques maladies chroniques*. Thèse de Lyon, 1884.

(2) VAQUEZ. *Loc...* cit...

(3) BIGART. *Rétrécissement mitral. Dilatation de l'oreillette gauche*. *Bulletin de la Société anatomique* 1898, LXXII^e année p. 746.

encore le cas cité par Stockes où l'oreillette donnait lieu à une matité considérable, semblable à celle qu'aurait pu produire la compression du poumon par un épanchement abondant.

En résumé, dans le rétrécissement mitral, l'oreillette est hypertrophiée et dilatée ; ses parois sont dures, rigides, athéromateuses. Sa cavité est plus ou moins diminuée de volume par des thromboses anciennes qui contribuent à gêner son fonctionnement et donnent naissance à des embolies. Cette sclérose des parois auriculaires, dit Merklen, s'observe dans les rétrécissements graves d'origine rhumatismale ou artérioscléreuse. Huchard l'attribue à l'excès de pression résultant de la stase. Potain et Rendu la regardent, probablement avec plus de raison, comme la conséquence de l'extension à l'oreillette de l'endocardite mitrale.

En présence de l'encombrement sanguin dont elle est forcément le siège, l'oreillette gauche dilatée et hypertrophiée, puis sclérosée éprouve une gêne croissante dans l'exercice de ses fonctions. La réplétion terminale présystolique du ventricule s'effectue mal, la dilatation auriculaire s'accroît, et bientôt « l'anévrysme auriculaire passif succède à l'anévrysme actif » (Vaquez). A ce moment là, apparaissent les phénomènes asystoliques.

En somme, nous venons de le voir, dans le rétrécissement mitral, c'est l'oreillette gauche qui supporte tout l'effort, et c'est de son côté que siègent les prin-

cipales lésions. Comment va se traduire cliniquement ce surcroît de travail auriculaire ?

*
* *

Au moment où le sang traverse l'orifice mitral rétréci, c'est-à-dire pendant la diastole et la présystole, il se produit une veine fluide qui entre en vibration : c'est ce mouvement vibratoire qui se transmet à la main sous forme d'un frémissement d'abord léger, puis renforcé quand l'oreillette se contracte. C'est là le *frémissement cataire* diastolique d'abord, puis présystolique. Le frémissement présystolique étant dû à la contraction auriculaire, il sera d'autant plus prononcé que cette dernière sera plus énergique, et par conséquent que l'oreillette sera plus hypertrophiée. Il se traduit à l'auscultation par un bruit particulier, le *roulement présystolique*.

« La cause de ce roulement, dit Vaquez, est bien la sténose orificielle, vibrations d'une paroi rétrécie et rigide sous l'influence d'une colonne liquide animée d'une faible vitesse ; mais tant que l'oreillette n'intervient pas activement pour imprimer à cette colonne sanguine une impulsion plus énergique, le bruit produit reste faible, à tonalité basse et ne s'entend qu'à la fin de la diastole. La lésion compensatrice vient-elle au contraire à se produire que se manifesteront des modifications dans la longueur du bruit, son intensité et sa tonalité. Quand le roulement gagne dans la diastole, que son timbre se rapproche du souffle, qu'il se termine immédiatement avant la systole par un renforcement,

on peut dire qu'il s'agit probablement d'une sténose serrée, en tout cas d'une oreillette fortement hypertrophiée. D'ailleurs, ce qui indique le rôle prédominant de cette hypertrophie, c'est qu'au moment de l'asystolie, alors que la lésion orificielle persiste avec tous ses caractères, le bruit perd de son intensité à mesure que les parois de l'oreillette dilatée perdent de leur énergie (1) ».

Pour la production du roulement présystolique, il est donc indispensable que la sténose soit relativement serrée et que l'oreillette mette en jeu ses forces contractiles pour compléter la réplétion du ventricule ; et il faut par conséquent que cette force contractile ne soit pas surmontée, car alors, le sang, ne franchissant plus avec la vitesse suffisante l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci, ne produirait plus le frôlement des valves de la mitrale qui donne à l'oreille la sensation du roulement présystolique. Nous voyons, en effet, que lorsque les fibres de l'oreillette surdistendues et surmenées n'ont que des contractions faibles ou nulles, le roulement présystolique s'atténue et disparaît fréquemment.

Le roulement présystolique témoigne donc de l'énergie des contractions de l'oreillette et dénote une hypertrophie certaine de ses fibres musculaires.

*
* *

Nous avons vu précédemment que l'hypertrophie des parois auriculaires s'accompagnait toujours de dilatation précoce de la cavité de l'oreillette.

(1) VAQUEZ, *Loc. cit.*

Depuis plusieurs années on s'est attaché à mettre directement en évidence cette dilatation et la *percussion de l'oreillette gauche* par la région dorsale tend de plus en plus à devenir un procédé classique d'exploration du cœur.

Etablissons d'abord bien nettement les rapports qu'affecte à l'état normal l'oreillette gauche avec la paroi thoracique postérieure.

Elle est située en avant et un peu à gauche de la colonne vertébrale, de l'œsophage et de l'aorte thoracique ; au-dessous de la bifurcation de la trachée et du pédicule du poumon gauche et sur un plan un peu postérieur ; à droite du poumon gauche ; enfin ce même poumon la sépare de la paroi postérieure du thorax, avec laquelle elle n'est en rapport que dans les cas de dilatation.

Les travaux de Giacomini, Pirogoff et Lushka, les expériences de Machado, plus récemment Testut et Poirier (1) ont montré que l'oreillette gauche répond à la sixième et à la septième vertèbre dorsales (*vertèbres cardiaques*) et donne à la percussion une zone mate affectant la forme d'un ovale dont le diamètre horizontal a dans sa plus grande largeur 3 centimètres $\frac{1}{2}$ environ et mesure un peu plus de 7 centimètres $\frac{1}{2}$ sur son diamètre vertical.

A Germe, ancien professeur à l'Ecole de Médecine d'Arras revient l'honneur d'avoir le premier recherché à la paroi postérieure du thorax la matité produi-

(1). CARLO GIACOMINI, *Topographia del Cuore*, Torino 1886.
PIROGOFF, LUSHKA, *Topographisch anatomischer atlas*, 1888.
MACHADO, *De la valeur séméiologique de la percussion de l'oreillette gauche*, Thèse de Paris 1897.
TESTUT, *Traité d'anatomie descriptive*.
POIRIER, *Traité d'anatomie humaine*.

te par l'oreillette gauche. Ces recherches entreprises en 1863, dans les services de Nélaton et Axenfeld dans les hôpitaux de Saint-Antoine et de la Charité ne furent point à cette époque publiées par leur auteur ; mais la même année, Piorry, faisant probablement allusion aux expériences de Germe, résumait ainsi son discours à l'Académie impériale de médecine : « Enfin, dans ces derniers temps, il a été possible de limiter la portion de l'oreillette gauche qui dépasse la hauteur à laquelle s'élève le ventricule gauche. » En 1866, dans son *Traité de Plessimétrisme et d'Organographie*, le même auteur trace les règles suivant lesquelles d'après lui le cœur doit être examiné en arrière.

En même temps Germe continuait ses travaux et ses expériences, mais ce n'est qu'en 1895 que parut son mémoire intitulé : « *Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire, sur la fonction hémodynamique de la respiration et de l'asphyxie* ». « L'oreillette gauche, dit-il, cachée par les gros vaisseaux ne répond à la partie antérieure du thorax que par son auricule. Mais en revanche, il est facile de la trouver dans le dos où elle est située au niveau de la septième vertèbre dorsale, dans une étendue dont la hauteur est en moyenne de cinq centimètres ». Et plus loin : « Quant à l'oreillette gauche, il faut comme je l'ai dit plus haut, la percuter dans le dos. On compte d'abord les vertèbres dorsales en commençant au-dessous de la proéminente et arrivé au niveau de la septième, on fait une croix indiquant son

niveau. Alors on détermine sa limite supérieure en dirigeant la plaque du plessimètre tout en percutant de haut en bas. Cette limite se reconnaît à une résistance nettement tranchée. Pour la limite inférieure, on précède en sens inverse .

L'année suivante, 1896, Germe, dans ses *« Recherches sur l'activité de la diastole ventriculaire, sur ses causes, son mécanisme et ses applications »* parle à plusieurs endroits de la percussion de l'oreillette qu'il pratiquait comme moyen de contrôle pour vérifier ses recherches.

En 1897 parut la thèse de Machado écrite sous l'inspiration du professeur Potain. On y lit : « La dilatation ou l'hypertrophie de l'oreillette gauche est surtout considérable dans le rétrécissement mitral. Dans les autres affections valvulaires qui ne réagissent sur l'oreillette qu'à une période très avancée de leur évolution, excepté l'insuffisance mitrale, et dans les cardiopathies non valvulaires, la matité de l'oreillette représente l'état intermédiaire entre la matité normale et la grosse matité du rétrécissement mitral. Elle correspond, en effet, de la 5^e à la 9^e vertèbre dorsale et mesure 50 millimètres de largeur et 103 de longueur en moyenne, tandis que dans le rétrécissement mitral, elle descend jusqu'à la 10^e quelquefois, et mesure 7 centimètres de largeur et 12 centimètres de longueur en moyenne (1) ».

Quelques mois après la thèse de Machado, M. Babinet, dans un article paru dans le *Bulletin Médical*,

(1) MACHADO. Loc... cit...

indique dans quelle position doit être le malade et dans quelle région il convient de pratiquer la percussion. « Le malade, dit-il, s'assied sur son lit, se penche un peu en avant et porte les bras allongés devant lui, de façon à faire glisser les omoplates en dehors, et à découvrir les côtes sous-jacentes ; puis on détermine la région à percuter : celle-ci est située dans la région dorsale gauche et est limitée dans un trapèze compris d'une part entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate, reporté en dehors et vers le bas par l'abaissement des épaules, et d'autre part entre deux lignes horizontales passant la première par l'épine de l'omoplate, la seconde par l'angle inférieur de cet os. C'est à la partie moyenne de cette zone, à la hauteur de la sixième ou de la septième vertèbre dorsale environ, qu'il faut pratiquer la percussion en se dirigeant des parties sonores vers la région mate correspondant à l'oreillette (1).

En 1899, dans sa thèse inaugurale, le Dr CORDONNIER (2) résumait la question de la percussion de l'oreillette mais n'y ajoutait que peu de chose.

Enfin, en 1903 notre maître, M. VAQUEZ, a repris cette question et l'a mise définitivement au point.

Pour pratiquer la percussion de l'oreillette, dit-il, il convient d'éviter une percussion parallèle aux côtes, mais le sujet étant assis ou debout, le médecin en ar-

(1). E. BARIÉ, *L'Exploration de l'oreillette gauche ; examen du cœur par la région dorsale*, Bulletin Médical du 28 juillet 1897.

(2) CORDONNIER, *De la situation de l'oreillette gauche révélée par la percussion dorsale*, Bulletin Médical du 28 juillet 1897.

rière de lui et à droite, placera le doigt chargé de recueillir les sensations sonores parallèlement à la ligne des apophyses épineuses ». (1)

Avec ses règles bien nettement établies, la percussion de l'oreillette gauche faisant connaître l'augmentation de la matité auriculaire en traduit objectivement la dilatation et devient par le fait, en dehors de tout autre symptôme un bon signe de rétrécissement mitral. Mais cette dilatation s'accompagne le plus souvent d'une sensation douloureuse, véritable *point de côté auriculaire* correspondant à la matité de l'oreillette. Nous l'étudierons dans les pages qui suivent ; c'est là l'objet principal de ce travail.

(1) VAQUEZ: *L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral*. Tribune médicale du 29 août 1903.

CHAPITRE II

Caractères du « point de côté » auriculaire dans le rétrécissement mitral.

La douleur auriculaire dans le rétrécissement mitral, « point de côté » auriculaire a été signalée et étudiée pour la première fois par notre maître M. VAQUEZ dans un article paru en 1903 dans la *Tribune Médicale* (1).

Depuis un certain nombre d'années, M. VAQUEZ l'a recherchée systématiquement chez tous les malades atteints de rétrécissement mitral et il l'a presque toujours constatée. Nous-même en avons eu sous les yeux de nombreux exemples, et aujourd'hui nous n'hésitons pas à en faire un symptôme important dont la présence doit immédiatement attirer l'attention du médecin du côté de l'oreillette gauche.

M. Huchard, tout en reconnaissant la fréquence des douleurs auriculaires, leur refuse toute valeur symptomatique, et nie du reste l'existence du point de côté correspondant à l'oreillette gauche dilatée au cours du rétrécissement mitral : « ... si l'on réfléchit à ce fait, dit-il, que la douleur s'associe rarement à

(1) VAQUEZ. *L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral*. *Tribune Médicale* 29 août 1903, p. 181.

d'anciennes altérations mécaniques des organes et qu'elle peut se montrer dans l'hypertrophie simple avec dilatation du cœur, on arrivera forcément à la conviction, que les douleurs cardiaques ne sont pas liées nécessairement à une affection valvulaire, mais qu'elles se rattachent plutôt à des formes diverses de névralgies avec ou sans affection organique du cœur. Telle est l'interprétation qu'il convient de donner à certains symptômes douloureux observés parfois dans le rétrécissement mitral et que l'on a tenté de rattacher à la dilatation de l'oreillette gauche... Il s'agirait donc de véritables douleurs auriculaires. Elles consistent en sensations pongitives, localisées, survenant tantôt au repos, tantôt provoquées par une marche, une fatigue, ou réveillées par une pression un peu forte. Correspondant à la région des deux oreillettes très distendues, elles prennent souvent l'aspect d'une névralgie, mais sans constituer une sorte de « point de côté auriculaire » ou « donner la sensation d'une barre transversale » comme on l'a écrit. Cet état douloureux, ajoute-t-il, n'est pas constant de sorte que ce symptôme est loin d'avoir l'importance de la dyspnée, qui, je le répète encore, ne manque jamais (1) ».

Sans vouloir contester la valeur symptomatique de la dyspnée, qui, nous le reconnaissons, est très grande, il nous semble que M. Huchard a été un peu loin en niant délibérément, l'existence de ce « point de

(1) HUCHARD. Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte.

côté ». Dans nos observations, nous pourrions en donner de nombreux exemples.

La douleur auriculaire peut survenir à toutes les phases du rétrécissement mitral, mais elle est toujours subordonnée à l'apparition d'une certaine dilatation de l'oreillette. C'est dire qu'on ne la rencontrera pas dans les rétrécissements larges où l'oreillette n'a à fournir qu'un travail restreint et qu'elle sera très précoce dans la sténose serrée où la contraction auriculaire aura besoin d'être particulièrement énergique pour vaincre la résistance opposée au passage de l'ondée sanguine par le rétrécissement, la dilatation survenant de bonne heure dans ce dernier cas.

« Très rarement assez violente pour retentir péniblement sur la respiration, elle consiste en sensations pongitives, localisés, survenant spontanément au repos, tantôt provoquées par un effort, une marche une fatigue, tantôt réveillées par une percussion un peu forte (1) ».

Son siège d'élection est la zone de matité de l'oreillette gauche que nous avons précédemment déterminée. « Les malades souffrent d'une façon vague dans le dos, mais leur demande-t-on de préciser leur douleur, ils indiquent nettement sans qu'on les ait suggestionnés une région située entre le rachis et le bord spinal gauche de l'omoplate (2) ». Le plus souvent localisée exclusivement dans cette zone, elle ne présente pas d'irradiations, tout au plus, existe-t-il une

(1) VAQUEZ, *Loc. cit.*, p. 182.

(2) *Ibid.*,

sorte de sensibilité confuse autour de la région nettement douloureuse.

Au moment de la période asystolique, il peut y avoir des irradiations à droite qui représentent comme « une sorte de généralisation des phénomènes » et donnent au malade la « sensation d'une barre transversale » (Vaquez). A ce moment-là, en effet, les deux oreillettes distendues deviennent également douloureuses et la douleur auriculaire gauche qui semble irradiée coexiste en réalité avec la douleur auriculaire droite qui apparaît à son tour.

Il arrive parfois, et le fait n'est pas très rare que le malade vient consulter son médecin uniquement parce que depuis longtemps, il éprouve dans le dos une sensation pénible, une sorte de douleur sourde désespérante par sa persistance. « Depuis bientôt un an, nous disait une malade, il me semble que j'ai dans le dos quelque chose qui me ronge ».

Quelquefois la douleur se dissipe au repos, mais réparaît à la moindre fatigue. Il est évident qu'alors encore, elle correspond au surcroît de travail exigé de l'oreillette par la résistance plus grande qu'éprouve la circulation à s'effectuer pendant un effort quelconque. L'oreillette obligée de fournir au ventricule une quantité de sang plus abondante qu'au repos subit un véritable surmenage qui amène la distension de ses parois, distension momentanée, mais qui peu à peu deviendra définitive.

Lorsque la douleur auriculaire n'est pas spontanée, lorsqu'elle n'est pas provoquée par la fatigue, la per-

cussion permet souvent de la réveiller, et l'on constate alors qu'elle siège exactement dans la zone de matité de l'oreillette gauche et que cette dernière est distendue.

Les mouvements respiratoires, n'ont pas une influence très manifeste sur l'intensité de cette douleur : le fait n'est pas pour nous surprendre si l'on songe que la respiration n'a qu'une action minime sur l'expansion de l'oreillette.

Elle n'est pas davantage nettement modifiée par la toux, ni par les mouvements de déglutition.

Nous allons retrouver tous ces caractères au cours des observations qui suivent.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Communiquée par M. VAQUEZ).

B... Hélène, 37 ans, buraliste, vient le 19 janvier 1905 consulter M. Vaquez pour palpitations et douleurs dans la région dorsale gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 56 ans, d'une maladie de foie.

La mère de la malade, morte à 60 ans, avait eu plusieurs attaques de rhumatisme et se plaignait depuis longtemps de battements de cœur. Morte subitement.

Un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies aiguës pendant l'enfance.

Réglée régulièrement depuis 13 ans.

Vers l'âge de 18 ans, se sentant fatiguée, elle consulta un médecin qui la soigna pendant deux ans pour anémie. C'est à ce moment-là qu'elle commença à se plaindre du cœur.

Elle éprouvait des palpitations très intenses, non conti-

nues, survenant surtout dans la journée au inoment du moindre effort et disparaissent au repos. En même temps, elle ressentait dans le dos, au niveau de la région auriculaire gauche une douleur continue, sourde, qui, dit-elle, l' « agaçait plutôt qu'elle ne la faisait souffrir. »

A la moindre fatigue, elle était très essoufflée.

Depuis, elle a perdu ses forces et est devenue très apathique.

Les nuits sont bonnes, la malade se sent un peu gênée pour respirer lorsqu'elle se couche sur le côté gauche.

Quelques semaines après le début des palpitations, apparaissait le soir un léger œdème des malléoles, qui avait disparu le matin.

Traitée par la digitale, elle est vite remise ; les palpitations disparaissent, mais reviennent cependant après une fatigue ou une émotion tant soit peu violente.

A 23 ans. elle accouche normalement d'un enfant à terme et ne présente pas le moindre accident, ni pendant la grossesse, ni au cours de l'accouchement.

A 27 ans. elle a une première attaque de rhumatisme qui dure six semaines. Les articulations du poignet, de l'épaule, du cou de pied et du genou sont successivement puis simultanément prises.

Les palpitations sont alors plus violentes et à peu près continuelles. Elle prend encore de la digitale.

Après cette attaque de rhumatisme, elle ne ressent pas, pendant longtemps, de modifications notables du côté de son cœur. Cependant, les palpitations deviennent de plus en plus éloignées et sont moins intenses. Pas de dyspnée nocturne.

A l'âge de 35 ans, elle a une grippe qui dure environ 15 jours. Les essoufflements reparaissent, et elle souffre beaucoup dans la région dorsale.

Elle a du reste toujours eu, depuis le début de sa maladie, une sensation pénible dans la région dorsale correspondant à son oreillette gauche. Cette douleur n'est pas toujours ressentie avec la même intensité ; elle s'accroît sitôt que pour une cause quelconque, la malade se sent fatiguée.

La malade se remet assez vite de sa grippe et se trouve relativement bien pendant deux ans.

Il y a deux mois, les essoufflements ainsi que les palpitations reparaissent. Ces palpitations sont fréquentes, mais de courte durée. « deux ou trois battements de cœur. »

Quinze jours après, deuxième crise de rhumatisme. Les articulations des membres inférieurs seules sont atteintes : cou de pied, genou. Le gonflement articulaire est considérable, les douleurs violentes. La température oscille entre 37°5 et 38°5.

En même temps, les palpitations deviennent très violentes; la douleur dans le dos est plus intense. Les essoufflements se sont accentués.

Etat actuel. — Aujourd'hui les douleurs et le gonflement articulaires ont complètement disparu, mais les symptômes cardiaques persistent et c'est ce qui décide la malade à venir à la consultation.

Elle n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs depuis l'âge de 23 ans.

Les urines sont en quantité normale, pas d'albumine.

En somme, bon état général, les signes fonctionnels étant réduits au minimum : douleur, palpitations, dyspnée légère.

Examen du cœur. — L'inspection de la région du cœur ne révèle rien d'anormal.

À la palpation, on sent dans la région de la pointe, un peu au-dessus, un frémissement exactement présystolique et seulement présystolique, pas de frémissement au début, ni au milieu de la diastole.

La percussion du cœur en avant, révèle un volume à peu près normal de l'organe.

Quand on ausculte la malade au repos, on n'entend nettement aucun signe. Après l'avoir fait marcher pendant quelques minutes, on constate :

Un roulement qui présente le même caractère que le frémissement senti à la palpation ; il est seulement présystolique et n'est pas entendu au début ni au milieu de la diastole. Il est d'ailleurs plus difficilement perçu que le frémissement.

Le premier bruit du cœur est dur, sec, échaqué.

Le deuxième bruit n'est pas dédoublé ; mais à la base, au niveau de l'artère pulmonaire, on entend, et seulement encore quand on fait marcher la malade, un souffle doux, mésosystolique, nettement anorganique.

Pouls. — Régulier, bien frappé.

68 pulsations à la minute.

Rien du côté du système veineux.

Percussion de l'oreillette gauche dans le dos. — Elle donne les résultats suivants : 9 centimètres 1/2 de matité verticale et 7 centimètres dans le sens horizontal.

L'oreillette gauche, spontanément douloureuse, le devient encore davantage à la percussion, surtout dans les confins de la matité, à la partie inférieure où l'oreillette se rapproche

d'avantage de la paroi ; la percussion donne du reste, a ce niveau, une matité plus franche.

Poumons. — Pas de toux, ni d'expectoration. Jamais la moindre hémoptysie.

Appareil digestif. — L'appétit est bien conservé. Les digestions sont parfois un peu difficiles et longues.

Observation II.

(Personnelle)

Rachel P..., 18 ans, employée de bureau, vient, le 10 mars dernier, consulter M. Vaquez, pour palpitations et douleurs dans le dos.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche étant enfant.

Réglée régulièrement depuis 14 ans.

Jamais de rhumatisme. Bronchites fréquentes.

Aussi loin qu'elle se le rappelle, elle a toujours été essoufflée.

Depuis quelque temps, ces essoufflements ont augmenté, en même temps qu'apparaissait dans la région dorsale une douleur vive.

De plus en plus gênée dans l'exécution de son travail, elle vient se faire examiner.

Cœur. — La matité cardiaque a en avant ses dimensions normales.

L'oreillette gauche est spontanément douloureuse, comme nous l'avons dit ; cette douleur est accentuée par la per-

cussion. Les dimensions sont respectivement de 7 centimètres et demi de hauteur et de 5 et demi en largeur.

A l'auscultation, on entend un roulement qui occupe la seconde moitié de la diastole.

Le premier bruit est dur et le deuxième très accentué à l'artère pulmonaire.

Poumons. — Quelques râles de bronchite disséminés.

Tube digestif. — Rien d'anormal, excellent appétit.

Appareil urinaire. — Les urines sont émises en quantité normale ; il n'y a pas d'albumine.

Jamais d'œdème des membres inférieurs.

21 juin. — A cette date, nous revoyons la malade, la douleur dans le dos ne s'est pas atténuée ; la malade a des étouffements surtout nocturnes : elle est obligée de se servir de plusieurs oreillers, même de s'asseoir fréquemment sur son lit.

Elle présente de plus des douleurs névralgiques dans toute la moitié droite de la tête.

Elle tousse un peu et a, croit-elle, légèrement maigri.

Les signes stéthoscopiques précédemment constatés ne se sont pas modifiés.

Observation III

(Personnelle)

Aimée L..., 38 ans, ménagère rentrée le 5 juin 1906 à l'hôpital de la Charité, salle Andral, pour douleurs articulaires.

La malade a eu la petite vérole à 2 ans et demi, la rougeole à 6 ans.

Elle a été réglée à 17 ou 18 ans, mais d'une façon très irrégulière.

Depuis cette époque, elle a toujours été essoufflée à la moindre fatigue, en même temps qu'elle ressentait dans le dos une douleur sourde, correspondant à l'oreillette gauche.

Mariée à 23 ans, elle eut la fièvre typhoïde quelques mois après son mariage. Deux ans après, elle faisait une fausse couche de 3 mois ; elle a présenté depuis, à plusieurs reprises, des éruptions cutanées qui, d'après les descriptions qu'en fait la malade, semblent avoir été de l'urticaire. L'examen objectif ne révèle du reste aucun signe de syphilis.

Il y a six ans, la malade eut une première crise de rhumatisme ; les articulations du poignet et du cou de pied furent prises ; elle avait de la fièvre ; les palpitations furent violentes, la douleur dans le dos s'accrut. Soignée chez elle pendant un mois environ, elle se rétablit assez bien et put continuer à travailler.

Depuis deux ans, elle a souvent le soir de l'œdème des malléoles qui a disparu le matin. Il faut ajouter que les membres inférieurs sont très variqueux.

Le 15 mai, elle a été prise brusquement de douleurs dans les articulations du genou et du cou de pied.

Lorsque nous voyons la malade, les douleurs articulaires ont disparu, tout au plus, existe-t-il une légère sensibilité dans la région du genou : mais elle présente encore des palpitations fréquentes et une douleur assez intense dans le dos.

Examen du cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, légèrement en dedans du mamelon ; le

choc est un peu énergique et la palpitation révèle un léger frémissement cutané qui semble surtout présystolique.

A l'auscultation, on entend assez difficilement du reste un roulement présystolique et à la base du cœur un dédoublement très net du deuxième bruit ; quelques intermittences.

Le pouls est un peu faible mais régulier ; 65 pulsations à la minute.

L'exploration de l'oreillette gauche par la percussion de la région dorsale révèle une dilatation notable de la cavité auriculaire : 8 centimètres et demi de matité verticale et 4 centimètres 1/2 à 5 de matité horizontale. La douleur auriculaire très nette est spontanée et exagérée par la percussion.

Observation IV.

(Communiquée par M. VAQUEZ.)

Mme D..., 28 ans, ménagère, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour de la toux et de la dyspnée. Elle est d'abord vue par M. Macaigne qui l'adresse à M. Vaquez.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Aucune maladie aiguë antérieure.

Réglée à 15 ans, régulièrement. La malade éprouve avant et après ses règles de fréquents maux de tête.

Depuis six ans, elle perd ses cheveux et présente un peu d'eczéma du cuir chevelu. Pas de symptôme net de syphilis.

La première grossesse s'est terminée il y a 2 ans 1/2 par

un accouchement normal. Après la délivrance, il y eut des hémorrhagies abondantes.

Il y a un an, elle fit à Saint-Antoine une fausse couche de 5 mois, à la suite de laquelle, elle n'a perdu que peu de sang ; mais depuis, au moment de ses règles, elle a des pertes très abondantes.

Histoire de la maladie. — Il est difficile de bien fixer le moment où a apparu la dyspnée d'effort.

La malade a remarqué qu'il y a deux ans, à son arrivée à Paris, elle était très oppressée lorsqu'elle faisait une marche un peu longue ou qu'elle montait des escaliers. Il est possible et même probable que ces accidents avaient commencé bien avant, lorsqu'elle était encore dans son pays, en Roumanie ; mais là, elle avait un métier peu fatigant et n'avait guère l'occasion de faire de grands efforts.

Depuis un an, elle a parfois des crises de dyspnée nocturne ; elle est obligée de s'asseoir sur son lit et même de se lever.

La malade se plaint de palpitations, de douleur le long du sternum et dans le dos, et localise nettement au niveau de l'oreillette gauche cette douleur dorsale.

Jamais d'œdème.

Eramen du cœur. — Palpation. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal au-dessous et en dehors du mamelon. On y sent un frémissement présystolique très net et particulièrement intense.

Percussion. En avant, le cœur est sensible à la percussion ; il n'est pas augmenté de volume. La pointe seule est abaissée.

En arrière, la percussion est assez difficile ; néanmoins

en ajoutant de la première copie, on arrive à délimiter l'oreillette. Dans ses deux diamètres, vertical et horizontal, elle mesure 6 centimètres. La percussion révèle du reste une douleur nette à ce niveau.

Auscultation. A la pointe, on perçoit un roulement pré-systolique avec renforcement systolique et au premier bruit un souffle holosystolique peu propagé dans l'aisselle.

L'auscultation de la base du cœur révèle un dédoublement très net du deuxième bruit ; ce dédoublement paraît être à précession aortique.

Pouls petit et régulier.

Appareil respiratoire. — Légère submatité au sommet gauche en arrière et au sommet droit en avant. L'inspiration est rude et l'expiration un peu prolongée à gauche et en arrière. Même signes à droite et en avant ; mais un peu atténués.

Fonctions digestives normales.

Urines claires et limpides ; pas d'albumine.

Observation V.

(Personnelle)

Hélène M..., 18 ans, est venue consulter M. Vaquez le 18 octobre 1905 pour douleurs précordiales vives et dyspnée.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pas de maladie aiguë dans l'enfance.

La malade a toujours été un peu essoufflée, et n'a jamais pu, dit-elle, courir facilement.

Elle a été soignée pour anémie de 10 à 15 ans.

Réglée à 15 ans, assez régulièrement.

Au mois d'octobre 1904, elle a eu une attaque de rhumatisme. Les articulations des genoux et des épaules ont été principalement atteintes. La malade est restée trois mois alitée sans beaucoup de fièvre et a été soignée au salicylate de soude. Le cœur n'a pas été touché au début ; ce n'est que 5 à 6 mois plus tard qu'elle a commencé à avoir des palpitations et de la dyspnée et, à ce moment là, le médecin qui la soignait lui a fait prendre de la digitale.

Les douleurs articulaires se sont atténuées lentement, mais la malade n'a pu reprendre aucune occupation à cause de la gêne respiratoire qu'elle éprouve.

Jamais d'œdème des membres inférieurs.

En octobre 1905, les palpitations sont devenues plus intenses, en même temps qu'apparaissait dans le dos une douleur assez vive.

Examen du cœur. — Palpation. Frémissement présystolique.

Percussion. En avant, le cœur ne semble pas augmenté de volume.

En arrière l'oreillette douloureuse spontanément l'est également à la percussion ; elle est augmentée de volume et mesure 8 centimètres 1/2 dans le sens vertical et 5 centimètres 1/2 dans le sens horizontal.

Auscultation. Roulement diastolique à la base du cœur ; présystolique de la pointe, se propageant peu dans l'aisselle.

Poumons. — Pas de modifications de la sonorité. Quel-

ques tales de bronchite, principalement à la partie moyenne des deux poumons.

Tube digestif. — Rien d'anormal. Appétit bien conservé ; digestions faciles.

Observation VI.

(Communiquée par M. VAQUEZ).

Marie-Antoinette A..., 24 ans, couturière, rentre le 2 juin 1904 salle Damaschino, dans le service de M. Vaquez .

Antécédents héréditaires. — Le père est atteint d'une affection cardiaque.

Mère bien portante.

Collatéraux bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a eu la scarlatine à l'âge de neuf ans. Elle semble avoir eu de l'anasarque à la suite de cette affection.

Elle a été réglée à 12 ans assez régulièrement.

A 18 ans, à la suite d'une contrariété, elle a été prise de mouvements choréiques qui ont persisté pendant 3 ans et demi. La face et les membres gauches ont été d'abord atteints, puis le côté droit a été pris à son tour. A ce moment, elle ne pouvait, dit-elle, se servir de ses mains.

Elle fut soignée pour chorée et pour anémie à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, où elle fit un séjour de cinq mois.

Elle avait aussi des palpitations et de l'essoufflement pendant la marche, et on lui aurait donné de la digitale avant

son entrée à l'hôpital. Là, elle eut de l'œdème des membres inférieurs, qui persista pendant un mois environ.

Etat actuel. — La malade se plaint d'avoir maigri ces dernières semaines.

Elle ressent des bouffées de chaleur au visage, et il lui arrive quelquefois de perdre connaissance, principalement dans l'après-midi.

Elle tousse le matin au réveil, et depuis quinze jours, elle a remarqué des filets de sang dans ses crachats.

Elle est très essoufflée lorsqu'elle marche ou qu'elle monte des escaliers.

Elle a du ballonnement de l'estomac après les repas et la pression de l'épigastre est douloureuse.

Examen du cœur. — Roulement présystolique augmentant après la marche.

Dans la région préventriculaire gauche, à l'orifice mitral, on entend un dédoublement du deuxième bruit, qui *diminue* après la marche et est remplacé par l'accentuation du bruit des valvules de l'artère pulmonaire.

Il existe dans le dos une zone douloureuse ; elle est assez exactement limitée entre le bord spinal de l'omoplate gauche et la colonne dorsale.

Observation VII.

(Communiquée par M. VAQUEZ).

Mlle G..., 21 ans, couturière, rentre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, le 16 mars 1905. Elle se plaint d'essoufflements et d'une douleur sourde dans le dos.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 47 ans, d'une affection pulmonaire aiguë.

Le père est bien portant.

Antécédents personnels. — Pas de maladie aiguë pendant l'enfance, jamais de rhumatisme.

Réglee à 13 ans. Les règles sont régulières mais peu abondantes. Dans l'intervalle, il y a des pertes blanches abondantes.

Depuis l'âge de 18 ans la malade est très pâle et se sent fatiguée.

Il y a six mois, elle a commencé à avoir de la dyspnée d'effort. Lorsqu'elle monte les escaliers, elle a de violentes palpitations de cœur. En même temps, a apparu dans le dos, au niveau de la région scapulaire gauche, dans la zone correspondant à l'oreillette, une douleur sourde qui s'accroît au moment des efforts.

Etat actuel. — La malade est peu développée, et présente un certain degré d'infantilisme.

La face est pâle. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Cœur. — La palpation révèle un frémissement cataire facilement perceptible et nettement présystolique.

A l'auscultation, on entend un roulement diastolique et un dédoublement du deuxième bruit.

La percussion de l'oreillette accentue la douleur constatée à ce niveau.

Le foie est de volume normal.

Rien à l'appareil pulmonaire.

La malade est mise au régime déchloruré, et quelques

jours après, elle a beaucoup moins de palpitations et se sent mieux.

Le 23 mars, on ajoute à son régime 9 grammes de chlorure de sodium. Deux jours après, les palpitations reviennent, un léger œdème apparaît. Pas de dyspnée.

Le 6 avril, la malade est remise au régime déchloruré. L'œdème disparaît, les palpitations s'atténuent.

La malade quitte l'hôpital le 13 avril, aussi bien remise que possible.

Observation VIII.

(Personnelle)

Louise A..., 22 ans, cartonnrière. 15 juin 1906.

Vient à la consultation de M. Vaquez pour palpitations, essoufflements et douleur dans la région dorsale.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 53 ans d'une hémorragie cérébrale.

Père bien portant.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 4 ans.

Deux ans après, scarlatine.

A l'âge de 9 ans, la malade eut une atteinte de rhumatisme. Toutes les articulations furent simultanément prises.

Le cœur fut également atteint et on lui mit des ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Depuis cette époque, elle se rappelle avoir toujours été essoufflée.

Chorée à 11 ans. Elle dura une année.

Bien réglée depuis 15 ans.

La malade s'enrhume facilement. A l'âge de 15 ans, elle a craché du sang : « une gorgée », dit-elle. La même hémoptysie s'est renouvelée deux fois depuis.

Pendant sa seizième année, elle eut fréquemment de l'œdème des malléoles. Cet œdème apparaissait le soir, après une journée de fatigue et avait disparu le matin.

A aucun moment, dit la malade, on ne constata de l'albumine dans ses urines.

Etat actuel. — Depuis quelque temps, la malade est plus dyspnéique que d'habitude. Elle est fréquemment obligée d'interrompre son travail.

Lorsqu'elle fait des courses, elle ne peut, dit-elle, faire dix pas sans s'arrêter. L'ascension des escaliers est particulièrement pénible. Les palpitations sont alors violentes, et elle ressent dans le dos une douleur intense qu'elle localise bien dans la région comprise entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne dorsale.

Sitôt assise, tout rentre dans l'ordre et la malade se sent bien.

Examen du cœur. — Rien d'anormal à l'inspection de la région précordiale.

Par la palpation, on sent à la pointe du cœur un frémissement intense, qui occupe toute la diastole, mais qui est particulièrement prononcé au moment de la présystole.

Percussion. Le cœur est de volume normal. En arrière, la percussion de l'oreillette est douloureuse et donne comme dimensions 8 centimètres de diamètre vertical et 6 de diamètre transversal.

Auscultation. Au niveau de la base du cœur et à gauche

au sternum, on entendait de lointain un très net et deuxième bruit.

A droite du sternum, au foyer aortique, existe un souffle diastolique se propageant le long du sternum.

Examen du poulmon. — La malade a maigri, ces temps derniers. Elle tousse beaucoup, particulièrement le matin.

Palpation. — Les vibrations vocales sont exagérées en avant et en arrière, au sommet gauche.

A la percussion, ce même sommet est mat en avant et submat en arrière.

L'auscultation permet d'entendre toujours à gauche, une inspiration rude et saccadée ; l'expiration est prolongée et soufflante. De temps à autre on perçoit quelques craquements secs, surtout après avoir fait tousser la malade.

Rien ou presque rien au poulmon droit.

Appareil digestif. — L'appétit est un peu diminué.

Les digestions sont longues et un peu pénibles.

Sur les conseils de son médecin, la malade s'était mise au régime de la viande crue, mais la digestion était alors très pénible et elle a dû abandonner ce régime.

Appareil urinaire. — Rien d'anormal. Pas d'albumine dans l'urine.

Observation IX (1).

Communiquée par M. VAQUEZ).

Mme X..., 1906.

Il y a cinq ans, après plusieurs courses en bicyclette, la malade ressentit pour la première fois de l'essoufflement,

1) Les observations IX et XIV ont été prises par M. VAQUEZ sur des malades de sa clientèle. Il a bien voulu les mettre à notre disposition.

de la dyspnée. Depuis, la dyspnée a toujours persisté pendant la marche.

Bronchites à répétition.

De plus, depuis six mois et à la suite d'une bronchite, elle ressent pendant la marche et même quelquefois la nuit une douleur dans la région précordiale, avec irradiations dans le bras gauche, jusqu'au coude ; en même temps, existe un point de côté entre les omoplates.

Elle dort la nuit avec trois oreillers.

Examen du cœur. — Roulement diastolique.

Souffle présystolique.

Dédoublement du deuxième bruit à précession pulmonaire.

L'oreillette gauche est sensible à la percussion. Elle mesure 8 centimètres dans son diamètre vertical et 5 centimètres dans son diamètre horizontal.

Tension artérielle : 13 à 14.

Des crises tachycardiques surviennent à l'occasion d'une fatigue, avec douleur transfixiante cardio-auriculaire. Cette douleur occupe toute la région supra-cardiaque jusqu'à l'épaule.

Poumons. — Pas de lésion organique, mais emphysème habituel.

Observation X.

(Publiée par le Dr IZARD) (1).

Mme D..., 39 ans.

Vient consulter le 19 janvier 1905, pour une douleur entre les épaules. Manque de forces depuis trois mois.

(1) IZARD, *La question du mariage dans le rétrécissement mitral (Révision de la loi, dite de Peter)*, Thèse de Paris 1905.

Régée à 14 ans et demi. Mariée à 21 ans. Un enfant il y a 15 ans. Il est actuellement bien portant. Pas d'autre enfant, pas de fausse-couche.

Pas d'essoufflement. Les muqueuses sont décolorées, le visage pâle.

Examen du cœur. — Palpation. Frémissement cataire, présystolique.

Auscultation. Roulement présystolique.

Dureté du premier bruit.

Accentuation du deuxième bruit de l'artère pulmonaire ; dédoublement du deuxième bruit à précession aortique, apparaissant après la marche.

Douleur intermittente dans le dos ; la malade la localise assez bien au niveau de l'oreillette gauche. Cette douleur est exaspérée au moment des efforts et par la percussion de l'oreillette.

L'oreillette a une zone de matité de 8 centimètres de haut sur 6 centimètres de large.

Poumons. — Rien à l'auscultation. La malade a plusieurs fois craché du sang.

Observation XI.

(Publiée par le Dr IZARD).

Mlle C..., journalière, 19 ans.

Entre salle Damaschino le 24 novembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 52 ans, aurait une affection pulmonaire chronique. Crache le sang depuis 6 mois.

Mère morte à 48 ans, d'une affection cancéreuse de l'abdomen.

Antécédents collatéraux. — Un frère a été réformé pour affection pulmonaire. Il est âgé de 31 ans et est toujours malade.

Cinq autres frères et sœurs sont en bonne santé.

Six frères et sœurs sont morts, on ne sait pas de quelle affection, sauf une sœur, morte à 8 ans de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — La malade a toujours eu la respiration difficile. Elle ne peut courir sans être essoufflée.

A 9 ans, douleurs dans les articulations des genoux, épaules et coudes.

Ces douleurs n'étaient pas accompagnées de gonflement ni de rougeur, mais il y eut en même temps de la chorée. La malade a été soignée aux Enfants-Malades, où elle est restée 3 mois.

Elle sort de l'hôpital à peu près guérie, mais éprouvant toujours de la gêne pour respirer.

A l'âge de 12 ans, elle est reprise de douleurs et de chorée et est encore soignée aux Enfants-Malades pendant un mois, puis elle se porte relativement bien.

Réglée à 15 ans, mais les règles sont peu abondantes.

A 17 ans, la malade tousse et doit entrer à Tenon, où elle reste trois semaines pour une affection pulmonaire.

L'hiver dernier, elle a encore une bronchite, mais moins forte et n'entre pas à l'hôpital.

Il y a huit jours, elle est prise brusquement d'un vomissement de sang. La nuit, elle se réveille, trouve son oreiller plein de sang et en même temps, elle a des caillots plein

la bouche. C'était du sang rouge, dit-elle. Le lendemain, elle essaye de reprendre son travail, mais l'hémorragie continuant, elle doit appeler un médecin. Celui-ci lui prescrit de l'ergot de seigle et l'hémorragie s'arrête. La malade travaille jusqu'à il y a deux jours, mais étant très gênée pour respirer, elle doit entrer à l'hôpital.

Examen. — La malade est très dyspnéique.

Cœur. — Palpation. Pointe légèrement reportée en dehors. Frémissement présystolique à la pointe.

Auscultation. Roulement diastolique et souffle présystolique.

Dédoublement du deuxième bruit à précession pulmonaire.

La malade ressent une légère douleur dans le dos, elle la localise exactement au niveau de l'oreillette. La percussion est difficile, parce qu'elle provoque une grande douleur ; l'oreillette est nettement augmentée de volume, mesurant 9 centimètres de haut sur 6 centimètres de large.

Le pouls est petit et régulier.

Au niveau des poumons, on constate une bronchite généralisée et une légère submatité au sommet gauche.

Le foie est douloureux, il dépasse le rebord costal.

Il n'y a pas d'œdème ni d'albumine.

Observation XII.

(M. VAQUEZ *in* thèse IZARD 1905)

Mme X... 40 ans, janvier 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort avec hémoptysies et amaigrissement.

Aucun autre malade dans la famille.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Aucun antécédents de rhumatisme, de bronchite.

4 grossesses faciles, la dernière il y a dix-huit ans, un peu plus fatigante ; pertes à l'accouchement.

Il y a un an, forte fièvre durant plusieurs semaines, sans explication acceptable ; à la suite, plus grande fatigue, oppression.

Douleur très habituelle dans le dos, correspondant nettement à l'oreillette gauche. Pas de troubles périphériques.

Cœur. — Volume à peu près normal. Roulement à la pointe. Oreillette gauche très nette à la percussion et à la phonendoscopie. 6 centimètres de haut.

Avril 1903. Etat général meilleur, mais toujours une sensation de tension dans le dos, exactement dans la région de l'oreillette.

Septembre 1904. A la suite d'un peu de fatigue, d'une course rapide, s'est plainte de crises tachycardiques, qui se sont répétées depuis, surtout le soir en se mettant au lit.

L'étude des observations qui précèdent nous montre une particularité intéressante. On peut y voir, en effet, que c'est surtout dans le sens transversal que se fait la dilatation de l'oreillette. Alors que le diamètre vertical de sa zone de matité s'accroît à peine de 5 à 10 millimètres, le diamètre transversal augmente sa longueur de 1, 2 et fréquemment de 3 centimètres.

Observation XIII.

(Communiquée par M. VAQUEZ).

Mme S... 38 ans, ménagère, rentre le 26 janvier 1904, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, dans le service de M. Vaquez.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été bien portante, jusqu'à il y a deux ans : jamais de rhumatisme ni de maladie infectieuse.

Elle a eu 4 grossesses. La première et la troisième se sont terminées par des fausses couches de 2 mois ; la deuxième et la quatrième par des accouchements normaux avec enfants vivants et actuellement bien portants. Les deux enfants vivants ont été élevés au sein.

Depuis deux ans, la malade ressent quelques douleurs dans les membres inférieurs, surtout au niveau des malléoles ; mais à aucun moment elle ne s'est alitée et a pu continuer à vaquer à ses occupations.

Il y a deux mois, elle a été prise de grippe ; venue à la consultation de Saint-Antoine, on lui a posé des ventouses ; elle n'a pas abandonné son travail, bien qu'elle se sentit fatiguée.

Vers le 15 janvier courant, elle ressentit des douleurs dans les jointures des membres inférieurs, puis dans celles des membres supérieurs : mais sauf celles du carpe, aucune articulation n'était gonflée. Quelques palpitations et dyspnée légère depuis ce moment.

Etat actuel. — Les douleurs sont localisées aux articulations des mains. La main droite surtout est atteinte. Il y a du gonflement principalement au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Les articulations des phalanges entre elles sont également gonflées. A gauche, les mêmes articulations sont prises, mais dans des proportions moindres.

La douleur est modérée. La température oscille entre 37°2 et 38°.

Examen du cœur. — Palpation. Frémissement présystolique. Auscultation. Souffle présystolique se propageant peu dans l'aisselle.

Pas de dédoublement du deuxième bruit.

Le premier bruit est éclatant à la base.

Pas de douleur auriculaire, même à la percussion ; l'oreillette gauche n'est pas augmentée de volume.

Poumons. — Submatité au sommet droit. L'expiration est légèrement prolongée.

Tube digestif. — Langue saburrale. Anorexie. Constipation.

Appareil urinaire. — Pas d'albumine dans l'urine.

Observation XIV.

(Communiquée par M. VAQUIEZ).

Mme M..., octobre 1904.

En 1898 et 1899, cette malade voit M. Potains pour essoufflement ; depuis ce moment, malgré de grandes précautions, l'essoufflement et les palpitations ont continué. Le soir, gonflement habituel des chevilles, disparaissant au matin.

Pas de toux.

Appétit normal ; digestion facile, non prolongée.

Examen du cœur. — Tension artérielle : 14. Roulement présystolique.

Dédoublement du deuxième bruit à précussion aortique.

Pas de douleur auriculaire.

Dimensions de l'oreillette gauche : 6 centimètres de haut sur trois centimètres de large.

Octobre 1905. L'année a été relativement bonne, mais les palpitations persistent toujours.

A deux ou trois reprises, crises d'oppression nocturne.

Règles régulières, peu abondantes.

Les caractères objectifs sont les mêmes.

Nous avons, à dessein, cité ces deux dernières observations de sténose mitrale sans point de côté auriculaire pour bien faire saisir sur le vif que l'oreillette n'est pas douloureuse lorsqu'elle n'est point dilatée.

Observation XV.

(Personnelle)

M^{lle} Louise, 21 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 22 juin 1906, salle Damascino, dans le service de M. Vaquez.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Un de ses frères a eu l'an dernier une attaque de rhumatisme.

Antécédents personnels. — La malade a eu à l'âge de six ans une première crise de rhumatisme, et depuis, jusqu'à

16 ans, elle a eu à peu près chaque année une nouvelle poussée rhumatismale.

Etant enfant, elle était essoufflée lorsqu'elle voulait courir et avait fréquemment des palpitations.

Réglée à 12 ans, les règles reviennent régulièrement, sauf lorsque la malade a des douleurs. A ce moment-là, la menstruation est suspendue.

Mariée à 16 ans, elle n'avait plus eu depuis et jusqu'au mois de mai dernier de douleurs articulaires.

Elle a eu deux grossesses normales. Cependant, pendant la gestation, la dyspnée a été un peu plus marquée. Les deux accouchements se sont très bien passés. Les enfants étaient à terme et sont actuellement bien portants.

Depuis le dernier accouchement, la malade a des pertes blanches assez abondantes.

Elle a toujours eu quelques palpitations, mais survenant irrégulièrement et jamais très douloureuses.

Histoire de la maladie. — Le 20 mai dernier, la malade eut une nouvelle poussée de rhumatisme. Les douleurs apparurent brusquement dans les articulations tibio-tarsiennes, puis dans les mains. En même temps, les palpitations augmentaient de fréquence et d'intensité.

Etat actuel. — Quand nous voyons la malade, à son entrée à l'hôpital, les articulations radio-carpiennes et phalango-métacarpiennes de la main gauche sont seules atteintes. Le gonflement est peu considérable. La douleur est modérée. Il existe une sensation pénible dans tout le membre supérieur gauche, mais les articulations du coude et de l'épaule sont respectées.

Les palpitations existent toujours et la malade est oppressée au moindre effort.

Les sueurs sont abondantes, surtout la nuit.

La température est de 38°3.

Examen du cœur. Inspection. Pas de voussure de la région précordiale.

Palpation. La pointe du cœur est abaissée sans déviation; elle bat dans le sixième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

On perçoit dans cette même région de la pointe un frémissement cataire nettement présystolique.

Percussion. En avant, le cœur est augmenté de volume. En arrière, la percussion de l'oreillette ne montre aucune modification de l'organe.

L'oreillette n'est douloureuse ni spontanément, ni à la percussion.

Auscultation. On entend à la pointe un roulement présystolique correspondant au frémissement constaté à la palpation.

Au foyer aortique, dans le deuxième espace intercostal droit, on perçoit un souffle diastolique. Ce souffle est doux, moëlleux, aspiratif.

Artères. — Tension artérielle 18.

Le pouls est bondissant et dépressible ; très nettement en retard sur la systole ventriculaire

Les battements artériels sont visibles, particulièrement aux carotides, que l'on voit se déplacer sous la peau.

L'auscultation de la fémorale fait entendre le double souffle crural de Duroziez.

Pouls capillaire très net.

Poumons. — L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. La malade n'a jamais toussé ni craché.

Appareil digestif. — L'appétit est diminué depuis que la malade s'est alitée. La langue est légèrement saburrale. Pas de diarrhée ni de constipation.

Appareil urinaire. — Pas d'albumine dans les urines.

Chez la malade qui fait l'objet de cette observation on trouve tous les signes d'une insuffisance aortique en même temps qu'on perçoit à la pointe du cœur un frémissement et un roulement présystoliques. Nous savons que les anciens auteurs croyaient à la coexistence fréquente de l'insuffisance aortique et du rétrécissement mitral. De nombreuses autopsies ont montré que cette association était relativement rare, et que, le plus souvent, le roulement présystolique n'était dans des cas de ce genre qu'une simple accentuation présystolique du souffle diastolique de l'insuffisance aortique. En 1862, A. Flint expliqua ce roulement présystolique par la production d'un rétrécissement fonctionnel de la mitrale dû au refoulement par l'ondée rétrograde aortique de la grande valve mitrale qui entre alors immédiatement en vibration. La difficulté consistait donc ici à savoir, si le roulement perçu à la pointe n'était qu'un simple *roulement présystolique de Flint* ou si l'on avait bien affaire à un rétrécissement mitral coëxistant avec la lésion aortique. L'oreillette n'étant nullement douloureuse, et la percussion n'ayant révélé aucune augmentation de volume de l'organe, nous avons été amené à poser

simplement le diagnostic d'insuffisance aortique sans lésion mitrale.

C'est dans des cas analogues que l'exploration de la douleur auriculaire unie à la percussion de l'oreille rendra des services particulièrement précieux.

CHAPITRE III

Pathogénie. — Evolution. — Diagnostic.

Le point de côté auriculaire étant intimement lié à la dilatation de l'oreillette, il nous a semblé naturel de chercher sa cause dans les lésions des parois de l'oreillette elle-même.

Le rôle principal revient à la fibre musculaire : surdistendue et hypertrophiée, elle retentit fâcheusement sur les éléments nerveux qui lui donnent sa sensibilité.

D'un autre côté, à chaque contraction auriculaire, les parois de l'oreillette viennent heurter la paroi thoracique postérieure ; il se produit ainsi une sorte de compression des éléments musculaires et nerveux qui vient ajouter son action irritante à celle de la surdistension.

Une part importante, non la moindre probablement, dans la pathogénie du point de côté auriculaire doit être attribuée à l'endocardite concomitante. Nous avons vu plus haut que cette endocardite était surtout due à la propagation aux parois de l'oreillette de

l'endocardite mitrale ; elle peut également résulter suivant M. Huchard du travail excessif fourni par l'oreillette. « Toute pression exagérée sur les parois vasculaires, dit cet auteur, amène avec le temps une inflammation de ces parois (1) ».

Bien plus, l'endocardite auriculaire a une préférence marquée pour la paroi postérieure de l'oreillette, ce qui indépendamment de toute autre considération explique bien notre manière de concevoir la douleur auriculaire. A quoi est due la prédominance de l'inflammation à l'auricule postérieure ? Huchard invoquait la position déclive de cette paroi. D'après le professeur Lépine, la prédominance des lésions dans ce point serait due à ce que la paroi postérieure de l'oreillette étant maintenue en haut par une adhérence à la bronche gauche, est sans cesse tirillée par chaque systole auriculaire.

Toutefois, dans le rétrécissement mitral acquis, l'endocardite fait souvent défaut et alors les lésions invoquées plus haut interviennent seules.

En résumé, distension, compression des fibres musculaires et des éléments nerveux, endocardite, telles sont les causes du point de côté auriculaire.

*
* *

Que devient ce point de côté au cours du rétrécissement mitral ? Il subit généralement le sort de la lésion qui lui a donné naissance. Tant que l'oreillette

(1) HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*. 2^e édition 1893.

suffit à sa tâche, tant que la dilatation et l'hypertrophie de ses parois s'équilibrent, le sang passe régulièrement de l'oreillette dans le ventricule ; en un mot, tant que l'oreillette n'est pas forcée, le point de côté garde les caractères que nous lui avons tracés. Plus tard, l'oreillette dilatée et hypertrophiée, plus ou moins modifiée par le processus inflammatoire éprouve une gêne croissante dans l'exercice de ses fonctions. Les fibres musculaires perdent graduellement leurs propriétés contractiles, si bien que ces fibres qui ont primitivement réagi contre la gêne circulatoire en accélérant leurs contractions, en les exagérant et en s'hypertrophiant tendront de plus en plus à prendre l'état passif : l'oreillette presque inerte obéira donc de plus en plus à la dilatation d'où encombrement sanguin progressif et augmentation du nombre et du volume des dépôts fibrineux. La systole auriculaire ira s'affaiblissant, et « finira par être réduite, pour ainsi dire, à rien ». (Huchard) Avec la distension auriculaire la gêne de la colonne sanguine qui revient du poumon par les veines pulmonaires entraîne consécutivement la dilatation de celles-ci. De proche en proche, l'engorgement circulatoire gagne les vaisseaux de la petite circulation et augmente singulièrement la tension dans les capillaires du poumon. Il en résulte un obstacle permanent placé au devant du ventricule droit, lequel, trouvant devant lui une résistance considérable, s'hypertrophie à son tour. Grâce à cette hypertrophie, le ventricule droit peut compenser à lui seul la lésion mitrale, mais il

arrive un moment où le cœur droit ne suffit plus à sa tâche ; des lors, sa contractilité s'émousse et la dilatation vient encore ici compliquer l'hypertrophie : l'insuffisance tricuspéidienne s'installe avec toutes ses conséquences : dilatation de l'oreillette droite, engorgement plus ou moins marqué du système veineux général.

Aussitôt que la dilatation de l'oreillette droite apparaît, les caractères du point de côté auriculaire se modifient : tant que le ventricule droit a suffi à compenser la lésion de l'oreillette gauche épuisée, la douleur est restée nettement rétroauriculaire ; mais dès que la tricuspide a été forcée et l'oreillette droite distendue, le point de côté a perdu son caractère nettement localisé : l'oreillette droite est devenue douloureuse à son tour, et le malade a maintenant « la sensation d'une barre transversale » (VAQUEZ) qui lui comprime la partie postérieure du thorax.

C'est là ce qui se passe généralement ; mais quelquefois et, le fait est assez fréquent, toute douleur semble avoir disparu quand survient la période asystolique ; dans ce cas, il est probable que le malade soumis à une stase sanguine intense, envahi par les œdèmes, en proie à une dyspnée angoissante reste insensible aux excitations douloureuses parties de l'oreillette.

*
* *

Le diagnostic du point de côté auriculaire est chose généralement facile ; sa localisation nette, sa coëxis-

tence avec la dilatation auriculaire, la présence de quelques symptômes propres au rétrécissement mitral rendent toute confusion à peu près impossible.

Nous allons rapidement passer en revue les différentes douleurs qui pourraient le simuler.

La névralgie intercostale peut siéger au même niveau. Elle est continue, mais notablement accrue par les mouvements respiratoires, ce qui force le malade à immobiliser sa cage thoracique. Les mouvements du tronc ou des membres, la toux, l'éternûment, le bâillement, le hoquet, les efforts, déterminent généralement l'apparition de paroxysmes douloureux sous forme d'élançements qui se font sentir sur toute l'étendue de l'espace intercostal. De plus, la pression sur le trajet du nerf est douloureuse.

Le point de côté pleurétique est rarement perçu au même endroit. Indépendamment des signes propres à toute pleurésie, il présente les caractères différentiels suivants : il est exaspéré par les mouvements étendus, par l'inspiration, la toux, l'éternûment, la pression intercostale, les mouvements de déglutition.

Le point de côté de la pneumonie a son siège de prédilection autour du mamelon : mais dans tous les cas l'intensité de la douleur, la présence des phénomènes généraux graves et des signes propres à la pneumonie ne permettraient aucune hésitation de diagnostic.

Les douleurs thoraciques si fréquentes au début de

les tubercules se trouvent au sommet du poulmon, dans la fosse sus-epitrochiale et le plus souvent dans la région sous-épiploïque.

CHAPITRE IV

Valeur diagnostique et pronostique. — Traitement.

Le diagnostic du rétrécissement mitral présente rarement de sérieuses difficultés. Il peut arriver cependant qu'on se trouve en face d'un malade présentant tous les symptômes fonctionnels du rétrécissement mitral : dyspnée, pâleur de la face, lèvres cyanosées, hémoptysies, sans que l'auscultation ne révèle aucun signe. Tel le cas de ce jeune officier cité par Germe où la sténose ne put être diagnostiquée que par la percussion dorsale de l'oreillette gauche ; le diagnostic fut confirmé par l'autopsie.

« Dans les rétrécissements très serrés des orifices, il arrive souvent, en effet, que les signes d'auscultation sont nuls, que le souffle caractéristique est absent d'une façon permanente. C'est là un fait signalé depuis longtemps par les auteurs anciens, déjà par Adams en 1828, puis par Henderson, Bouillaud, O'Ferral qui avait très bien remarqué que la disparition des bruits de souffle indique le plus souvent une

aggravation des cardiopathies valvulaires (1). Gola avait même prétendu que le rétrécissement mitral existe le plus souvent sans souffle. Huchard a fait l'autopsie de neuf rétrécissements mitraux extrêmement serrés et qui avaient été absolument et continuellement « aphones » pendant la vie. Dans les Bulletins de la Société Anatomique, nous relevons également de nombreux faits identiques. (Cas cités par Bouleiller, 1849, Turner, 1855, Marey, 1858, Barth, 1879, etc...)

Dans des cas de ce genre, la présence du point de côté auriculaire nettement établie eût été d'un important secours. En effet, si les signes d'auscultation n'ont pas existé ou ont disparu par le fait d'un rétrécissement très serré, ainsi que nous le disions à l'instant avec M. Huchard, il est évident que dans tous ces cas, l'oreillette a dû être fortement dilatée, par conséquent accessible à la percussion et le point de côté auriculaire n'a jamais manqué. C'est dans ces conditions qu'il viendra confirmer un diagnostic qui eût pu rester hésitant.

Lorsque l'état du cœur plus ou moins atteint à tous ses orifices rendrait difficile l'étude de la part qui revient à chacun d'eux dans la lésion totale, il est évident que la constatation de la douleur auriculaire et de la dilatation de l'oreillette qui en est inséparable attirera l'attention du clinicien du côté de la sténose mitrale.

(1). HUCHARD, *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*.

Quelquefois le malade vient consulter son médecin uniquement parce qu'il souffre dans le dos. S'il est prévenu, celui-ci songera immédiatement à diriger son exploration du côté de l'oreillette.

Nous avons vu (Obs. XV) que l'absence de douleur auriculaire pouvait servir à faire écarter toute idée de sténose mitrale dans les cas où l'insuffisance aortique s'accompagne de roulement présystolique de Flint.



L'étude de l'évolution de la douleur auriculaire, nous a déjà fait entrevoir sa valeur pronostique : Si son intensité s'accroît, c'est que la lésion s'aggrave, c'est que l'oreillette se distend de plus en plus. Son irradiation sous forme de barre transversale, fera songer à une dilatation du cœur droit avec asystolie imminente. Sa disparition signifiera non pas que la lésion est guérie, mais le plus souvent au contraire une « généralisation intense des phénomènes » qui fera passer en la masquant la douleur auriculaire au second plan.



Le point de côté auriculaire n'exige pas la plupart du temps une thérapeutique spéciale.

Toutes les règles d'hygiène imposées aux cardiaques seront également de mise ici. Le point de côté auriculaire correspondant toujours à la dilatation auriculaire et celle-ci, étant l'indice d'un certain de-

gré d'asthénie cardiaque, les toniques du cœur nous paraissent indiqués, et, en particulier, le tonique et le régulateur cardiaque par excellence, la digitale.

Dans le cas d'engorgement très prononcé de la circulation pulmonaire et du système veineux général une large saignée pratiquée opportunément facilitera considérablement l'action de la digitale, et, en rendant dans une certaine mesure sa capacité à l'oreillette atténuera la douleur dont la dilatation est la cause.

Enfin, il est des cas où il sera nécessaire de faire de la révulsion sur la région douloureuse. Les pointes de feu et surtout les ventouses scarifiées sont alors particulièrement indiquées.

CONCLUSIONS

1° Dans le rétrécissement mitral, les symptômes auriculaires prennent une importance prépondérante. L'oreillette gauche s'hypertrophie et se dilate.

2° Sa dilatation se traduit très souvent d'une façon subjective par une douleur sourde, tenace, apparaissant dans le dos et ayant pour caractère principal de ne pas s'irradier ou du moins faiblement. C'est le « point de côté » auriculaire.

3° Ce point de côté suit toutes les péripéties par lesquelles passe l'oreillette gauche au cours du rétrécissement mitral. Il a donc une grande valeur diagnostique et une valeur pronostique réelle.

Vu : Le Président de la thèse,
E. BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

